

Resumen de Historia Clínica

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Numero de afiliado/a:

Plan:

Edad:

Diagnóstico:.....
.....
.....
.....

Descripción del estado actual:.....
.....
.....
.....

Evolución del cuadro clínico de base.....
.....
.....
.....

Antecedentes de tratamientos terapéuticos y/o intervenciones educativas:.....
.....
.....
.....

Firma y sello de el/la médico/a tratante

Fecha